

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

CÓMO COMPLETAR LA SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

CATEGORÍAS DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL DEL PROGRAMA DE SUBVENCIÓN GLOBAL DE CUIDADO INFANTIL DEL ESTADO DE NUEVA YORK

- 1) Familias elegibles para una garantía de cuidado infantil: solicitando o recibiendo Asistencia Pública (PA), o recibiendo Asistencia para Cuidado Infantil en lugar de PA o recibiendo cuidado infantil de transición
- 2) Familias elegibles cuando hay fondos disponibles
- 3) Familias elegibles cuando hay fondos disponibles y los distritos de servicios sociales locales (LSSD) las han incluido en su Plan de Servicios para Niños y Familias

ESTA SOLICITUD SE USA PARA SOLICITAR SÓLO ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL COMO FAMILIA DE CATEGORÍA 2 Ó 3

Si usted desea solicitar sólo Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 2 ó 3, puede usar esta solicitud más corta. Si desea solicitar otros beneficios tales como Asistencia Pública, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Cupones de Alimentos), Asistencia de Energía para el Hogar, Medicaid u otros servicios, incluyendo Asistencia para Cuidado Infantil de categoría 1, pida la *Solicitud de Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921)*.

Al presentar la *Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil* en lugar de la *Solicitud de Ciertos Beneficios y Servicios del Estado de Nueva York (LDSS-2921)*, usted solicita la Asistencia para Cuidado Infantil sólo en las categorías 2 y 3, es decir, cuando hay fondos disponibles. Usted no está solicitando cuidado infantil garantizado de la categoría 1.

SOLICITUD DE ASISTENCIA PARA CUIDADO INFANTIL

- Puede presentar la solicitud el mismo día que la reciba. Si es elegible, los beneficios pueden ser retroactivos a la fecha en que presentó su solicitud.
- Puede presentar su solicitud personalmente o por correo u otro medio electrónico aprobado por la Oficina de Servicios para Niños y Familias (OCFS).
- Aceptaremos su solicitud si incluye como mínimo su nombre, dirección y una firma. Sin embargo, la solicitud debe estar completa para que podamos determinar su elegibilidad.

CÓMO LLENAR LA SOLICITUD

- COMPLETE cada sección que no es opcional.
- Escriba claramente en LETRA DE MOLDE.
- NO ESCRIBA EN LAS ÁREAS SOMBREADAS.
- Si está presentando una solicitud en representación de otra persona, escriba la información de dicha persona en letra de molde.

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD

- En el departamento de servicios sociales (LDSS) del condado en el que usted vive.

Asegúrese de que le hayan dado copias de :

- **LDSS-4148A**, *Lo Que Usted Debe Saber Sobre Sus Derechos y Responsabilidades*
- **LDSS-4148B**, *Lo Que Usted Debe Saber Sobre los Programas de Servicios Sociales*
- **LDSS-4148C**, *Lo Que Usted Debe Saber Si Tiene una Emergencia*

Estos folletos incluyen información sobre sus derechos y responsabilidades.

SI DESEA RETIRAR SU SOLICITUD

- Presente una solicitud firmada y por escrito al LDSS donde presentó su solicitud. Puede volver a solicitar en cualquier momento.

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

- **NOMBRE:** Escriba en LETRA DE MOLDE su nombre legal, incluyendo su primer nombre, su inicial del segundo nombre y su apellido. Incluya cualquier alias o nombre de soltera.
- **NÚMERO DE TELÉFONO:** Escriba en LETRA DE MOLDE su número de teléfono e incluya el código de área.
- **DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:** Escriba en LETRA DE MOLDE su dirección de domicilio completa, incluido el apartamento, la ciudad, el estado y el código postal de donde vive **ahora**.
- **DOMICILIO POSTAL:** Si recibe su correo en otro lugar que no sea donde vive, escriba aquí la dirección en LETRA DE MOLDE.
- **DIRECCIÓN ANTERIOR:** Si se mudó en el transcurso del año pasado, escriba en LETRA DE MOLDE su(s) dirección(es) anterior(es). Si necesita más espacio, use la sección 10 de la página 4 o adjunte más hojas, según sea necesario.
- **OTROS NÚMEROS DE TELÉFONO:** Escriba el otro número de teléfono en donde lo puedan localizar.
- **ESTADO CIVIL:** Marque la casilla que describa su estado civil legal actual.
- **IDIOMA PRINCIPAL:** ¿Qué idioma se habla con más frecuencia en su hogar? Marque la casilla que corresponda. Si es "otro", escriba en LETRA DE MOLDE el nombre del idioma.
- **CORREO ELECTRÓNICO (EMAIL):** Si puede ser contactado por correo electrónico o email, escriba su dirección electrónica en LETRA DE MOLDE.

SECCIÓN 2. INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR**ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS QUE VIVEN CON USTED, AUNQUE NO SEAN SOLICITANTES.**

- **NOMBRE:** Primero escriba en LETRA DE MOLDE su nombre y luego los nombres de las personas que viven con usted. Incluya los alias y nombres de soltera.
- **FECHA DE NACIMIENTO:** ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE la fecha de nacimiento de cada solicitante.
- **SEXO E IDENTIDAD DE GÉNERO:** El estado de Nueva York garantiza su derecho a acceder beneficios y/o servicios estatales independientemente de su sexo, identidad o expresión de género. Por favor informe la información requerida con respecto a su sexo y el sexo de todos los miembros del hogar como hombre o mujer, de acuerdo con la designación de sexo actualmente archivada en la Administración del Seguro Social de los Estados Unidos. La identidad de género es cómo se percibe uno a sí mismo y cómo te llamas a ti mismo. Su identidad de género puede ser igual o diferente a su sexo asignado al nacer. Aunque es necesario informar su sexo, la identidad de género no es un requisito para esta solicitud. Si elige ingresar su identidad de género, identifique solo la suya y no la de los demás miembros de su hogar. Si su identidad de género es diferente al sexo que informó y desea proporcionar su identidad de género, escriba "Masculino", "Femenino", "No binario", "X", "Transgénero" o "Identidad diferente" en el espacio proporcionado. Si escribe "Identidad diferente", puede optar por describir su identidad de género con más detalle en el espacio provisto. Proporcionar información sobre su identidad de género es voluntario y no afectará la elegibilidad para la Asistencia para Cuidado Infantil ni la cantidad de asistencia que recibirá de esta agencia.
- **RELACIÓN:** Escriba EN LETRA DE MOLDE la relación de cada persona con usted (por ejemplo, esposo(a), hijo(a) biológico(a), niño(a) bajo cuidado temporal, amigo(a), pareja, compañero(a) de habitación, inquilino(a), etc.).

PÁGINA 1 DE LA SOLICITUD (cont.)**PARA CADA PERSONA QUE ESTA SOLICITANDO, COMPLETE LO SIGUIENTE**

Aquellos que se consideran solicitantes son los niños en necesidad de cuidado y sus padres (incluidos padrastros/madrastras) y hermanos menores de 18 años de edad en el hogar.

- **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:** Usted puede incluir los números de Seguro Social, pero no tiene que hacerlo. Las agencias federales, estatales y locales pueden utilizar los números de Seguro Social para evitar la duplicación de servicios, detectar fraude y para informes federales.
- **HISPANO/LATINO:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada solicitante es o no es de origen hispano o latino. El proveer información étnica es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad para la Asistencia para la Asistencia para Cuidado Infantil o la cantidad de asistencia que la agencia le otorgará.
- **RAZA:** Escriba S (Sí) o N (No) para cada uno de los siguientes códigos de raza. **I:** nativo americano o nativo de Alaska, **A:** asiático, **B:** negro o afroamericano, **P:** nativo de Hawai u otra isla del Pacífico, **W:** blanco. El proveer información racial es un acto voluntario y no afectará su elegibilidad para la Asistencia para Cuidado Infantil o la cantidad de asistencia que la agencia le otorgará.
- **NECESIDAD DE CUIDADO INFANTIL:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño necesita cuidado infantil.

SECTION 1 APPLICANT'S INFORMATION**PARA CADA NIÑO QUE VIVA EN EL HOGAR QUE NECESITE CUIDADO INFANTIL, TAMBIÉN RESPONDA SÍ O NO A LO SIGUIENTE:**

- **EL NIÑO ES CIUDADANO/NACIONAL DE EE. UU. /TIENE ESTADO INMIGRATORIO SATISFACTORIO** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño que necesita Asistencia para Cuidado Infantil es *ciudadano de EE. UU., nacional o persona con estado inmigratorio satisfactorio*. La ciudadanía o estado inmigratorio del padre/madre del niño u otro miembro de la familia no afectará su elegibilidad para Asistencia para Cuidado Infantil o la cantidad de asistencia que la agencia le otorgará.
- **NIÑO CON NECESIDADES ESPECIALES:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si cada niño tiene necesidades especiales o no. Un niño con necesidades especiales significa un niño que es incapaz de cuidarse a sí mismo y que ha sido diagnosticado por un médico, psicólogo licenciado o certificado u otro profesional con las credenciales apropiadas para hacer dicho diagnóstico, que tiene una o más de las siguientes condiciones a tal grado que se requiere educación especial o servicios relacionados, de acuerdo con la sección 602 de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (20 U.S.C. 1401), parte C de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (20 U.S.C. 1431 et seq.) y la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. 794).
 - Sordera u otra discapacidad auditiva
 - Deterioro del habla o del lenguaje
 - Discapacidad visual
 - Discapacidad emocional
 - Discapacidad ortopédica
 - Autismo
 - Sordera cieguera
 - Lesión cerebral traumática
 - Otro deterioro de la salud
 - Discapacidad de aprendizaje
 - Discapacidad intelectual
 - Deterioro de la salud
 - Múltiples discapacidades
- **AMBOS PADRES EN EL HOGAR:** Escriba S (Sí) o N (No) para indicar si ambos padres de cada niño viven en el hogar. (Escriba S/N para cada niño.)

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 3. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL HOGAR**

Las preguntas de la sección se aplican al solicitante Y a cualquier otro miembro adulto del hogar que solicite Asistencia para Cuidado Infantil con usted. Eso se refiere a su esposo o esposa que viva con usted, o a un adulto que viva con usted y con quien usted tenga por lo menos un hijo en común.

DEBE MARCAR SÍ O NO PARA CADA INCISO:

- **CUIDADO INFANTIL POR TRABAJO:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante necesita(n) cuidado infantil para poder trabajar.
- **CUIDADO INFANTIL POR OTRA RAZÓN:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante necesita(n) cuidado infantil por otra razón que no sea para poder trabajar. Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la razón?
- **PERSONAS SIN CASA/DESAMPARADAS:** Marque (✓) Sí o No para indicar si su familia tiene un lugar fijo, regular y adecuado para pasar la noche.
- **MILITAR:** Marque (✓) Sí o No para indicar si uno de los padres o madres del hogar está en servicio activo, sirviendo a tiempo completo en el ejército de los EE.UU.
- **RESERVA MILITAR:** Marque (✓) Sí o No para indicar si uno de los padres o madres del hogar es miembro de una unidad de la Guardia Nacional o Reserva Militar.
- **ASISTENCIA PÚBLICA:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante recibe(n) o está(n) solicitando Asistencia Pública (PA).
- **OTROS FONDOS PARA CUIDADO INFANTIL:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante recibe(n) o está(n) solicitando otra ayuda para pagar el cuidado infantil.
- **EMBARAZADA:** Marque (✓) Sí o No para indicar si usted y/o el segundo solicitante está embarazada. Si la respuesta es Sí, ¿cuál es la fecha prevista de parto?

SECCIÓN 4. INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE AUSENTE

- **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** los nombres de los niños/jóvenes menores de 19 años de edad, para quien(es) está solicitando la Asistencia para Cuidado Infantil y cuyo padre/madre no vive en su hogar.
- **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** los nombres y las direcciones de los padres ausentes, como ser un padre/madre sin custodia.
- **MARQUE (✓)** Sí o No para informarnos si el padre/madre ausente está disponible para proveer cuidado infantil. Si no está disponible, explique la razón (como ser trabajaj, rehabilitación, prisión, orden judicial, etc.).
- **MARQUE (✓)** Sí o No para informarnos si hay una orden judicial, un acuerdo de visitación o cualquier otra circunstancia que indicara que no sería lo mejor para el niño o el padre/madre que tiene la custodia que el padre/madre que no tiene la custodia supervise al niño en el momento necesario.

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN DEL EMPLEO DEL SOLICITANTE

- **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono del lugar donde trabaja.
- **INFORMACIÓN DE EMPLEO:** Llene esta sección sobre su empleo: ¿ Cuándo empezó a trabajar? Si le pagan por hora, ¿cuánto le pagan por hora? ¿Varía su horario? ¿Trabaja horas extra? ¿Cuál es el horario?

PÁGINA 2 DE LA SOLICITUD (Cont.)**SECCIÓN 6. OTRA INFORMACIÓN DE EMPLEO**

- **¿INFORMACIÓN DE EMPLEO DE QUÉ PERSONA?** Indique si la información del empleo que proporcionó es para el segundo empleo del solicitante o el empleo del cónyuge (si viven en el hogar) o del empleo del otro padre/madre (si el otro padre/madre vive en el hogar).
- **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:** Escriba en LETRA DE MOLDE el nombre, la dirección y el número de teléfono del empleo.
- **INFORMACIÓN DEL EMPLEO:** Llene esta sección sobre el empleo: ¿Cuándo empezó el empleo? ¿Varía el horario? ¿Requiere el empleo horas extra? ¿Cuál es el horario?

PÁGINA 3 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 7. INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS**

- Marque (✓) Sí o No para cada tipo de ingreso suyo y de cualquier otra persona que viva con usted.
- Por cada "Sí" que responda, escriba en LETRA DE MOLDE el monto o el valor en dólares (\$), la frecuencia con que los recibe y el nombre de la persona que recibe los ingresos.
- **En esta solicitud debe reportar todos los ingresos de todos los miembros del hogar.**

SECCIÓN 8. TIEMPO NECESARIO PARA TRASLADARSE DE LA UBICACIÓN DEL CUIDADO INFANTIL AL TRABAJO/ACTIVIDAD EDUCATIVA U OTRA APROBADA

- **TIEMPO DE VIAJE DESPUÉS DE DEJAR AL NIÑO** Indique cuánto tiempo (horas y minutos) le toma viajar desde la ubicación del proveedor de cuidado infantil al trabajo, al centro educativo u otra actividad aprobada después de dejar al niño. Marque Sí o No para indicar si utiliza transporte público.
- **TIEMPO DE VIAJE PARA RECOGER AL NIÑO** Indique cuánto tiempo (horas y minutos) le toma viajar desde su trabajo, una actividad educativa u otra actividad aprobada para recoger al niño del proveedor de cuidado infantil. Marque Sí o No para indicar si utiliza transporte público.

SECCIÓN 9. INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE CUIDADO INFANTIL

- **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** los nombres y las direcciones de todos los proveedores de cuidado infantil que está usando actualmente o planea usar para cada niño(a) en cuidado infantil.
- **MARQUE (✓) Sí o No** para informarnos si el niño(s) ya está inscrito con el proveedor.

SECCIÓN 10. INFORMACIÓN ESCOLAR DEL NIÑO

- **ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE** los nombres y las direcciones de todas las escuelas a las que su hijo asiste para cada niño(a) en cuidado infantil.
- **Indique** las horas de operación del programa escolar al que asiste el niño(a). Por ejemplo, de 8:45 a.m. a 2:45 p.m. No incluya las horas en que el niño(a) asiste a un programa de cuidado infantil después de la escuela, aunque ese programa sea administrado en una escuela.

PÁGINA 4 DE LA SOLICITUD**SECCIÓN 11. AVISOS. LEA LAS CERTIFICACIONES Y CONSENTIMIENTOS IMPORTANTES DE ABAJO.**

LEA ESTA SECCIÓN CUIDADOSAMENTE o haga que otra persona se la lea. Esta sección contiene información importante acerca de sus derechos y responsabilidades relativas a la recepción de asistencia. Al firmar y presentar una solicitud, usted indica que entiende y está de acuerdo con las declaraciones de esta sección.

SECCIÓN 12. CERTIFICACIÓN Y FIRMA

- **FIRMA:** FIRME con su nombre y escriba la fecha. *Si llenó la solicitud en representación de alguien más, firme con su propio nombre. Si presenta el formulario por otros medios electrónicos aprobados por la Oficina de Servicios para Niños y Familias, es aceptable incluir una firma electrónica.*
- **FIRMA DEL SEGUNDO SOLICITANTE:** Si su esposo o esposa vive con usted, **ambos deben** firmar la solicitud. Si vive con un adulto con quien tiene al menos un hijo(a) en común, **ambos deben** firmar la solicitud.

NOTA: La última página de la *Solicitud de Asistencia para Cuidado Infantil* es una solicitud de registro para votar. Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro como votante, hable con un examinador de elegibilidad. Registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará su elegibilidad para recibir Asistencia para Cuidado Infantil ni la cantidad de asistencia que le otorgará esta agencia.